ITEM 343 : ÉTAT CONFUSIONNEL

Syndrome confusionnel (SC) = altération modérée de la vigilance entraînant une **désorganisation globale des fonctions cognitives et comportementales.**
Dysfonctionnement cérébral aigu grave responsable d'une augmentation de la morbimortalité dans l'année.
Prise en charge urgente.
Niveaux de conscience :
- **Normal** : capable de focaliser, soutenir ou déplacer son attention.
- **Distractibilité** : fixation impossible de l'attention, mobilisée par tout nouveau stimulus.
- **Obnubilation** : répond et exécute les ordres avec lenteur.
- **État stuporeux** : réponses verbales ou gestuelles possibles aux stimuli extérieurs.
- **Coma** : réponses obtenues seulement par des stimuli nociceptifs (abolition prolongée de la vigilance ou de l'éveil).

PHYSIO

Mal connue, plusieurs systèmes impliqués :
- **Déficit en acétylcholine** ➝ troubles de la cognition et de l'attention.
- Rôle des **cytokines pro inflammatoires** (IL8, IGF1, IL10, IL1…) ➝ **neurotoxicité** directe.
- **Diminution métabolisme cérébral oxydatif.**
- **Élévation cortisol** (stress aigu) ➝ pourrait **précipiter et/ou pérenniser** le syndrome confusionnel.
- Une hypersécrétion de dopamine et un déséquilibre sérotoninergique ont également été évoqués.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Le syndrome confusionnel est fréquent avec une haute incidence :
- 15 % dans les services de médecine.
- 30 % en gériatrie, avec un **risque multiplié par 6 de mortalité dans les 6 mois.**
- **50 % en chirurgie.**
- > 50 % chez des patients hospitalisés avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM).
- 80 % en soins intensifs.

Toutefois, il est très sous-diagnostiqué, en particulier dans le cadre de l'urgence où reconstituer l'anamnèse et identifier la sémiologie parfois discrète sont difficiles.

Il est associé à un mauvais pronostic. Ainsi, après un passage aux services des urgences, il existe une augmentation :
- Du risque de décès à 6 mois.
- De la durée de séjour.
- Du risque de passage en soins intensifs.
- Du risque de réadmission précoce.
- Du risque d'institutionnalisation.

Cette surmortalité est liée aux causes de SC, mais aussi aux conséquences directes ou indirectes du SC (déshydratation, chutes, complications de décubitus, dénutrition…)

DIAGNOSTIC (DSM5)

Diagnostic exclusivement clinique +++ ➝ critères du DSM5 :
- A. Perturbation de **l'attention, de l'orientation** et de la **conscience** (réalisation de tests d'orientation temporo-spatiale pour s'en assurer).
- B. Installation sur un temps **court** et **changement** par rapport à **l'attention** et à la conscience préalable avec **fluctuations** au cours de la journée (interrogatoire d'un proche pour s'assurer de la rupture avec l'état antérieur).
- C. **Existence** d'une **autre perturbation cognitive** (déficit mémoire, orientation, langage, habileté visuospatiale…)
- D. Perturbations **pas mieux expliquées par l'existence d'un trouble neurologique préexistant.**
- E. Mise en évidence que la perturbation est la **conséquence directe d'une autre affection médicale, d'une intoxication ou d'un sevrage d'une substance .**

Sous-types de SC	- **Confusion hyperactive (confuso-onirique)** ➝ agitation psychomotrice au premier plan. - **Confusion hypoactive** (**stuporeuse**)➝ apathie, repli sur soi, ralentissement psychomoteur (mauvais pronostic) - Forme **mixte.**
Diagnostic	- Confusion Assessment Method (CAM) : 1. Début **aigu, fluctuation de l'évolution** / 2. Troubles **attention** / 3. **Désorganisation** du cours de la **pensée** ou **langage** / 4. Atteinte **vigilance.** ➝ **Positif si 1 + 2 + (3 ou 4).**

DD

- **Aphasie de Wernicke** : propos incohérents, paraphasies, néologisme, absence de compréhension, mais sans trouble de la vigilance, sans fluctuation nycthémérale et avec respect des autres champs cognitifs.
- **Trouble psychotique aigu ou décompensation d'une pathologie psychiatrique** : décompensation psychotique, propos diffluent, avec éléments psychiatriques au 1er plan.
- **Ictus amnésique** : trouble aigu de l'enregistrement épisodique d'installation brutale, durant 6-8 h, spontanément réversible, sans confusion ni désorientation temporospatiale et avec vigilance conservée.
- **Syndrome démentiel** : trouble chronique (> 6 mois), d'apparition progressive, sans variation nycthémérale.

<table>
<tr><td rowspan="4">DEMARCHE DIAGNOSTIQUE</td><td>Raisonnement diagnostique</td><td colspan="2">- Le raisonnement doit être guidé par la règle du 1 + 2 + 3 ou du 1 + 3 de J.-P. Bouchon :
• Le facteur 1 représente le vieillissement, altérant les capacités d'adaptation au stress (baisse de la réserve cognitive) sans aboutir à la défaillance.
• Les facteurs 2 représentent les pathologies chroniques ayant un retentissement cognitif, dont l'évolution peut aboutir à la défaillance de l'organe.
• L'ensemble des facteurs 1 et 2 représentent les facteurs prédisposants à la survenue d'un syndrome confusionnel.
• Le ou les facteurs 3 représentent les facteurs précipitants, qui déclenchent le syndrome confusionnel.
- Capacité de réserve cognitive : plus les facteurs prédisposants sont nombreux et/ ou sévères (personne âgée comorbide), plus la réserve cognitive est dégradée pour affronter un stress, et moins le facteur précipitant responsable de la confusion a besoin d'être important.</td></tr>
<tr><td colspan="3">- <u>Identifier facteurs prédisposants</u> : âge ≥ 80 ans, trouble cognitif sous-jacent, immobilisation, déficit sensoriel (visuel/auditif), dénutrition, polymédication, comorbidités multiples, ATCD de confusion, troubles de l'humeur… (1 facteur ➙ risque x5 de confusion, 2 facteurs ➙ risque x9 de confusion).
- <u>Identifier facteurs précipitants (= déclenchants)</u> : infection, pathologie CV/neuro/endocrino (hypoglycémie +++, déshydratation, hypocalcalcémie…)/digestive, déshydratation, douleurs, toxiques (alcool +++), chirurgie avec anesthésie générale, contention, privation sensorielle, iatrogénie +++.
- <u>Identifier facteurs de gravité</u> :
Bien que le SC soit en soi un événement grave, l'étendue de cette gravité dépend de critères supplémentaires qui doivent être recherchés :
• Le type du facteur précipitant.
• Les complications du SC : mise en danger de soi ou d'autrui, refus de soin, chutes, trauma, escarres, fausses routes, globe urinaire, fécalome…
• Terrain de survenue.
• Conséquences iatrogènes d'un traitement symptomatique (contention, sédation), en particulier dans un service non habitué à prendre en charge les SC.</td></tr>
<tr><td>Syndrome confusionnel fébrile</td><td colspan="2">- La ponction lombaire doit être envisagée chez tout patient avec confusion fébrile, mais elle n'est pas un examen de première intention, sauf en cas de :
• Syndrome méningé.
• Suspicion d'hémorragie méningée (après réalisation d'un scanner cérébral).
• Fièvre sans autre point d'appel infectieux retrouvé.
• Elle doit être réalisée en seconde intention en cas de bilan négatif, en particulier en cas de persistance du syndrome confusionnel.
- TTT anti-infectieux après la PL (sauf si purpura fulminans, contre-indication à la PL ou prise en charge hospitalière > 90 minutes ➙ TTT initié sans délai).</td></tr>
<tr><td>Syndrome confusionnel non fébrile</td><td colspan="2"><u>Causes à évoquer</u> :
- Toxique : psychotropes, alcool, stupéfiants, médicaments… (sevrage ou excès de prise !)
- Métabolique : acidocétose, coma hyperosmolaire, hypercapnie (décompensation BPCO), encéphalopathie hépatique…
- Neurologique : hémorragie méningée, AVC, état de mal infraclinique, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, hématome sous-dural ou extradural…</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>PEC INITIALE</td><td>C</td><td colspan="2">- Interrogatoire de l'entourage et des secouristes : antécédents, traitements, contexte, mode d'installation.
- Constantes : PA, FC, FR, SpO2.
- Examen général : signes généraux, infectieux, métaboliques.
- Examen neurologique : niveau de conscience, cotation du score de Glasgow, signes de localisation, ROT, signes méningés, signes d'HTIC, orientation étiologique, symétrie et réactivité pupillaire, oculomotricité.
- Examen du scalp : signes de traumatisme récent, cicatrices de lésion ou d'intervention.
- Examen digestif : abdomen chirurgical, troubles du transit.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PEC INITIALE</td><td rowspan="2">PC</td><td colspan="2">- Bilan minimal : NFS, ionogramme, créatininémie, calcémie, CRP, glycémie et cétonémie capillaire et veineuse, BU, saturation, ECG.
- Selon le contexte : RXT, TSH, bilan hépatique, dosage de traitement, alcoolémie, hémocultures en cas de fièvre, GDS, ECBU, EEG (si suspicion crise convulsive), PL (si fièvre).</td></tr>
<tr><td>Scanner cérébral</td><td>- Sans et avec injection.
- N'est pas un examen de première intention, sauf en cas de :
- Signes de localisation. - 1re crise d'épilepsie.
- Traumatisme crânien. - Modification de l'état de conscience.
- Céphalées brutales. - Suspicion d'hémorragie méningée.
- Chute dans des circonstances peu claires.
- En 2de intention après exclusion des principales causes non neurologiques de confusion.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">PEC INITIALE</td><td rowspan="4">TTT</td><td colspan="2">➙ Hospitalisation immédiate généralement nécessaire.
- Seul le traitement étiologique permet d'améliorer l'épisode confusionnel : régression en quelques jours.</td></tr>
<tr><td>Mise en condition</td><td>- Maintien de la nutrition et de l'hydratation, si besoin par voie parentérale.
- Installation au calme, en chambre individuelle, avec lumière tamisée et porte ouverte, éviter risque de fugue, maintenir mobilité physique, favoriser présence des proches, lutter contre l'isolement sensoriel (lunettes/prothèses auditives+++)
- Surveillance régulière : conscience, constantes vitales.</td></tr>
<tr><td>En cas d'agitation</td><td>- Mesures non médicamenteuses de réassurance en 1re intention.
- Sédatif par voie orale+++ ou injectable : benzodiazépines à demi-vie courte en 1re intention (Alprazolam/Oxazépam), si agitation sévère ➙ neuroleptique atypique type rispéridone ou olanzapine (contre indiqué si démence à corps de Lewy).
/ !\ Pas d'atarax ou de cyamémazine ou d'halopéridol du fait de la composante anticholinergique de ces molécules.
Dans le cas particulier de la maladie à corps de Lewy ou des TNCM dans la maladie de Parkinson, l'utilisation des neuroleptiques habituels contre-indiquée car risque majeur de syndrome malin des neuroleptiques → Discuter dans ces cas l'utilisation de quétiapine (hors AMM) ou de clozapine.
- Contention physique : en dernière intention, sur prescription médicale engageant la responsabilité du prescripteur : sur une durée limitée, à réévaluer pluriquotidiennement, surveillance spécifique, source d'aggravation du SC.</td></tr>
<tr><td>Mesures associées</td><td>- Arrêt de tous les médicaments non indispensables.
- Perfusion glucosé + vitamine B1-B6 (1 g/jour) et vitamine PP (500 mg/jour) chez l'éthylique.</td></tr>
<tr><td>PREV</td><td colspan="3">- Mesures non pharmacologiques : préservation neurosensorielle, mise en place repères spatiotemporels (calendrier+++), mobilisation précoce, respect du sommeil, hydratation et nutrition adéquats, éviter iatrogénie.
➙ Aucune mesure médicamenteuse n'a fait la preuve d'efficacité dans la prévention du syndrome confusionnel.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">CAUSES (ABSENT DU COLLEGE)</td><td>Cause neurologique</td><td colspan="2">- Hémorragie méningée.
- Méningite et méningo-encéphalite : bactérienne, virale, parasitaire, champignon, prion.
- Processus expansif intracrânien : tumeur (primitive ou MT), abcès cérébral, hématome.
- Infarctus cérébral : du tronc cérébral, des noyaux gris de la base ou de grande taille.
- Thrombophlébite cérébrale.
- Traumatisme crânien : hématome sous-dural, extradural et intraparenchymateux.
- Épilepsie : confusion postcritique, épilepsie partielle complexe, état de mal.
- Toute pathologie neurologique chronique (SEP, Parkinson, Alzheimer…) avec un stress (fièvre déshydratation, etc.)</td></tr>
<tr><td>Cause générale</td><td colspan="2">- Trouble hydroélectrolytique :
. Hyponatrémie ou hypernatrémie.
. Hypokaliémie.
. Hypocalcémie ou hypercalcémie.
- Trouble glycémique : hypoglycémie, décompensation acidocétosique ou hyperosmolaire.
- Endocrinopathie : insuffisance surrénale aiguë, dysthyroïdie, insuffisance antéhypophysaire aiguë.
- Viscérale : insuffisance hépatique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire décompensée ou aiguë.
- Anémie.
- Hypoxie/anoxie cérébrale : arrêt cardio-respiratoire, état de choc.
- Hypercapnie.
- Trouble de l'équilibre acido-basique.
- Hypothermie.
- Post-opératoire.</td></tr>
<tr><td>Cause localisée</td><td colspan="2">= Sd douloureux, rétention urinaire, fécalome, embolie pulmonaire, trouble du rythme…
- Surtout chez le sujet âgé ➙ toute confusion chez le sujet âgé nécessite un examen général.</td></tr>
<tr><td>Confusion fébrile</td><td colspan="2">- Infection pulmonaire ou urinaire : NFS, VS/CRP, fibrinogène, hémocultures, ECBU, RP systématiques.
- Méningite ou méningo-encéphalite (signes méningés possiblement absents).
- Confusion fébrile prolongée résistant au traitement : foyer infectieux profond = endocardite, abcès.
- Confusion avec hypothermie : évoque un choc septique à BGN.
- Autres causes fébriles :
. Pathologie générale : arthrite microcristalline, maladie de Horton.
. Toxique : neuroleptique, anticholinergique, sevrage alcoolique.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5">CAUSES (ABSENT DU COLLÈGE)</td><td>Toxique</td><td colspan="2">- Alcool :
. Éthylisme aigu : possiblement avec d'autres causes intriquées (traumatisme, hypoglycémie…)
. Sevrage : pré-délirium (sueurs, anxiété, tremblement) puis delirium tremens (confusion, délire onirique, agitation, trouble de la marche et de la parole, fièvre, déshydratation).
- Toxicomanie : cocaïne, opiacés (pupilles en myosis), LSD, amphétamine…
- Intoxication au CO.</td></tr>
<tr><td>Iatrogène</td><td colspan="2">= Tout médicament est potentiellement une cause de confusion, notamment aux changements de posologie/associations.
- Traitement à haut risque : anticholinergique, benzodiazépine, antiépileptique, corticoïdes, L-dopa, agoniste dopaminergique, antihistaminiques H2, digoxine, fluoroquinolone, lithium.
➝ Ataxie, dysmétrie, tremblement : évocateur de cause iatrogène ou toxique.
➝ Mydriase bilatérale : évocatrice d'une intoxication aux anticholinergiques ou sympathomimétique.
- Sevrage : barbituriques, benzodiazépines, opiacés.</td></tr>
<tr><td>Carence</td><td colspan="2">- Encéphalopathie de Gayet-Wernicke (carence en B1) : troubles oculomoteurs, signes cérébelleux, troubles de la marche.
- Pellagre (carence en PP) : atteinte cutanée (desquamation, glossite), signes extrapyramidaux, diarrhée.
- Carence en vitamine B12 ou folates.
➝ Prévention systématique chez tout patient dénutri ou éthylique chronique : apport systématique en vitamine B1-B6 (1 g/j) et PP (500 mg/j) IV.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Confusion psychiatrique</td><td colspan="2">= Diagnostic d'élimination, parfois difficile chez un patient aux atcds psychiatriques.</td></tr>
<tr><td>En faveur d'une étiologie organique</td><td>- Onirisme avec hallucinations ou illusions (essentiellement visuelles).
- Thème non spécifique.
- Délire onirique non systématisé.
- Sans idée d'influence ou d'automatisme mental.</td></tr>
<tr><td>En faveur d'une étiologie psychiatrique</td><td>- Polymorphisme des mécanismes délirants.
- Hallucinations auditives.
- Multiplicité des thèmes.</td></tr>
<tr><td colspan="3">➝ Les causes métaboliques et toxiques sont les plus fréquentes.
➝ Plusieurs causes peuvent être associées chez un patient.</td></tr>
</table>